

THÈSE

POUR

327

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Charles ALPHAND

Né le 6 Mars 1877 à Lunéville (Meurthe-et-Moselle)

**Contribution à l'Etude
DU PRONOSTIC**

DANS

L'ACCOUCHEMENT DES GROS ENFANTS

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNE

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

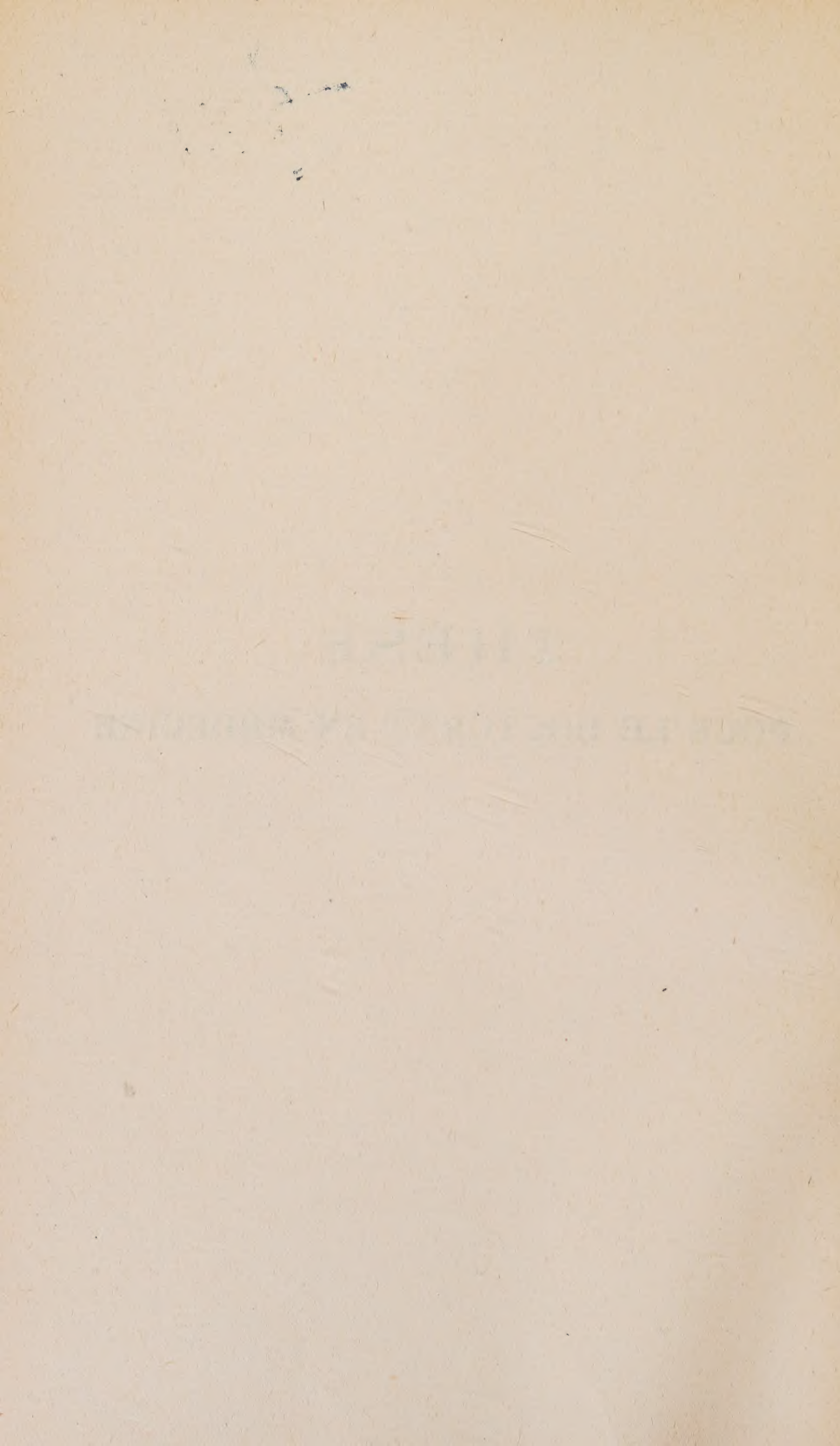
OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS
(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne),

1911

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



THÈSE 327

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Charles ALPHAND

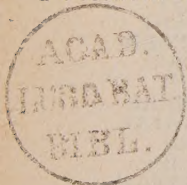
Né le 6 Mars 1877 à Lunéville (Meurthe-et-Moselle)

Contribution à l'Etude DU PRONOSTIC

DANS

L'ACCOUCHEMENT DES GROS ENFANTS

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNE



PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS
(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. LANDOUZY
	Professeurs	MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale		{ HAYEM
		{ GILBERT
		{ DEBOVE
		{ LANDOUZY
Maladies des enfants		{ HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		{ GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		{ GAUCHER
Clinique chirurgicale		{ PIERRE DELBET
		{ QUENU
		{ RECLUS
		{ SEGOND
Clinique ophtalmologique		{ DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		{ ALBARRAN
		{ BAR
Clinique d'accouchements		{ PINARD
		{ RIBEMONT-DES-
		{ SAIGNE
Clinique gynécologique		{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile		{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique		{ A. ROBIN

Agrévés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE.
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAINDEL-LAVAS-	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MON NEVEU, A MA NIÈCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNE

Professeur de Clinique Obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

Accoucheur de la Pitié

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur de Clinique des Maladies du système nerveux

Médecin de la Salpêtrière

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON

Médecin de l'Hôpital Laënnec

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

Accoucheur Honoraire des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

Le fœtus normal, lit-on dans les classiques, est celui dont le poids évolue entre 3.000 et 3.500 grammes. Il est bien évident qu'il ne s'agit là que d'une moyenne et que des enfants normaux à terme peuvent peser moins de 3.000 et plus de 3.500 gr. C'est ainsi que Bardel fixe à 3.800 gr. le poids normal maximum du fœtus à terme, tandis que Georges Lévy le fixe à 4.000 gr. et Maygrier à 4.500 gr.

Ces derniers chiffres sont certainement un peu élevés et nous pensons qu'un chiffre intermédiaire : 4.000 gr. doit être choisi comme poids minimum du gros enfant.

Quant au poids maximum, il est évident qu'on ne peut lui fixer de limite ; mais dans cette étude nous n'envisagerons pas de fœtus pesant plus de 6.000 gr., car notre statistique, bien que portant sur 544 gros enfants, ne comporte pas un seul cas d'enfant de ce poids.

Des enfants d'un tel poids sont donc très rares. Nous

verrons plus loin que les enfants dont le poids varie entre 5.000 et 6.000 gr. se rencontrent eux-mêmes peu souvent.

Dubois dans sa thèse de Paris (1) cite quelques cas d'enfants très gros — il rapporte un cas de fœtus pesant 11 k. 500 et qui fut extrait par Grantz ; un autre où le fœtus mort-né extrait par Schwab pesait 10 kilog. 260 — il cite une observation d'un fœtus du poids de 9 k. 900, qu'extraya Delcamp. D'autre part Cazeaux a observé un fœtus de 9000 gr. et Baudelocque un de 6 k. 500. M. Demelin cite, ces temps derniers, le cas d'un enfant pesant 6 k. 100 gr. et dont l'extraction fut des plus pénibles, et M. Maygrier celui d'un fœtus de 6750 gr., mort-né en présentation du siège. Le plus gros fœtus observé par M. Potocki pesait 6 k. 250 et fut extrait au forceps, il avait succombé au cours d'un travail prolongé.

Tous ces cas constituent, en somme, des exceptions, aussi les laisserons-nous volontairement de côté, limitant notre étude aux gros enfants dont le poids va de 4000 à 6000 grammes.

Nos statistiques sont basées sur les accouchements qui ont eu lieu à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris, de l'année 1897 à l'année 1907, et à la Maternité de la Pitié du 25 décembre 1907 au mois d'avril 1911.

A ce propos nous devons ajouter que ces statistiques nous donnent une idée exacte de la proportion des dys-

(1) Dubois. — Le gros enfant au point de vue obstétrical. Thèse de Paris 1896-1897.

tocies par rapport aux accouchements normaux, car à l'Hôtel-Dieu, où n'était attachée aucune sage-femme agréée, toutes les femmes restaient à la Maternité pour y accoucher.

A ce sujet, nous prions M. Champetier de Ribes, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris, et M. le professeur agrégé Potocki, accoucheur de la Pitié, d'agréer nos sincères remerciements pour l'autorisation qu'ils nous ont si aimablement accordée de puiser dans les précieux registres des Maternités de l'Hôtel-Dieu et de La Pitié.

Divers travaux ont déjà été faits sur les gros fœtus. En mettant tout à fait à part la thèse de Dubois qui ne traite que des enfants au-dessus de 4.900 gr., nous trouvons, dans ces derniers temps, les thèses de Moissnard (Paris 1902-1903) et Bobo (Montpellier 1909-1910).

La première englobe 271 cas de gros enfants, et comporte 266 accouchements en présentation du sommet, 2 en présentation du siège et 3 en présentation de l'épaule. La seconde relatant 46 cas de gros enfants, ne comporte que des accouchements en présentation du sommet.

Celle-ci a donc été à peu près exclusivement étudiée jusqu'ici, ce qui nous permet de passer en revue, dans ce travail, en même temps qu'elle, toutes les autres présentations.

CHAPITRE I

Etiologie

Les principales causes, que nous allons rapidement passer en revue, auxquelles on peut attribuer le développement exagéré du volume du fœtus peuvent se ramener à six qui sont :

- 1/ l'âge de la femme,
- 2/ sa parité,
- 3/ l'influence du même père,
- 4/ le sexe des fœtus,
- 5/ la durée de la grossesse,
- 6/ la taille des parents.

1/ *L'âge de la femme.* — Cette cause est des plus importantes, mais exige quelques explications, car ce ne sont pas les femmes les plus âgées qui peuvent avoir

les plus gros enfants; il y a une espèce de « **limite d'âge** » variant autour de 30 ans, et plus la femme s'approche ou moins elle s'écarte de cet âge, plus elle aura de chances d'avoir de gros enfants.

2/ *La parité de la femme.* — Cette cause de gros enfants est également importante. Sur un total de 537 enfants dont le poids variait de 4.000 à 5.000 gr. nous en avons trouvé 457 issus de multipares et 80 seulement issus de primipares.

Sur ces 457 enfants, 404 pesaient de 4.000 à 4.500 gr. et 53 de 4.500 à 5.000.

De même pour les 80 enfants de femmes primipares 76 pesaient de 4.000 à 4.500 et 4 de 4.500 à 5.000 grammes.

Quant aux 7 enfants pesant plus de 5.000 gr. dont nous avons relevé les observations, un seul était issu d'une primipare.

3/ *Le sexe de l'enfant.* — Cette cause est à considérer dans le tableau comparatif du poids des fœtus. On constate en effet que chez les gros enfants, les garçons sont plus nombreux que chez les filles. Sur notre total de 544 enfants de gros poids, nous avons trouvé 383 garçons contre 161 filles. La proportion est donc de 2 garçons pour une fille.

4/ *L'influence du même père.* — Nos recherches à ce sujet ont pu porter sur 310 gros enfants et nous avons trouvé que, pour 225, les femmes tenaient leurs gros-

grosses antérieures du même homme et 85 seulement d'hommes différents.

5/ *La durée de la grossesse.* — Elle a été invoquée comme entraînant dans certaines conditions l'augmentation du poids du fœtus, et il a été publié des exemples de grossesses dites prolongées qui ont abouti à l'accouchement de gros enfants ; cependant on n'est pas autorisé à parler de prolongation de la gestation, car nous savons bien qu'en général la durée exacte de la grossesse est difficile à déterminer, puisque son début, c'est-à-dire l'époque précise de la greffe utérine de l'œuf ne peut être déterminé de façon certaine.

6/ *La taille et la corpulence des parents.* — Bien que les documents à cet égard soient peu précis, il semble cependant qu'elles aient une influence sur le poids du fœtus.

Nous voyons donc que les causes qui peuvent déterminer l'augmentation du poids du fœtus sont assez complexes.

D'ailleurs, peu de recherches ayant été faites à ce sujet, cette étiologie est encore peu connue et se base plus sur des probabilités que sur des certitudes.

CHAPITRE II

Accidents et Complications de la Grossesse

Les complications ou les accidents que peut entraîner la formation d'un gros œuf sont nombreux, mais dans la plupart des cas, de peu de gravité.

Ils frappent aussi bien les femmes multipares que les primipares et une simple statistique sera, à cet égard, plus éloquente que toute description.

Sur 81 femmes primipares enceintes de gros enfants, nous avons constaté les complications suivantes de la gestation :

22 fois leucorrhée.

24 — vomissements (surtout pendant les 3 premiers mois).

9 — œdème sus-pubien ou vulvaire.

- 9 — varices des membres inférieurs.
- 7 — œdème des membres inférieurs.
- 6 — albuminurie.
- 6 — épistaxis.
- 5 — douleurs lombaires vives.

Ces accidents peuvent d'ailleurs coexister à plusieurs chez la même femme.

D'autre part, sur 456 femmes multipares, nous avons constaté :

- 134 fois leucorrhée.
- 164 — vomissements (surtout pendant les 3 premiers mois).
- 22 — œdème sus-pubien ou vulvaire.
- 118 — varices des membres inférieurs.
- 56 — fortes douleurs lombaires ou abdominales.
- 45 — œdème des membres inférieurs.
- 37 — albuminurie.
- 36 — épistaxis.

Enfin, comme accidents vraiment graves, nous n'avons noté que 3 fois des troubles de la vue dus à l'albuminurie gravidique et deux fois des troubles nerveux engendrés par la grossesse.

Nous sommes donc en droit de conclure que les complications de la grossesse chez les femmes enceintes de gros fœtus, si elles se rencontrent souvent, n'entraînent pas du moins de pronostic fâcheux.

CHAPITRE III

L'accouchement des gros fœtus et son pronostic.

Les travaux antérieurs publiés sur ce sujet décrivent l'accouchement en général et en donnent le pronostic en bloc ; cela tient peut-être à ce que, comme nous le disions au début, la presque totalité des accouchements observés, étaient des accouchements en présentation du sommet.

Comme il nous a été possible de recueillir des observations de toutes les présentations, il nous semble préférable de décrire l'accouchement et d'en donner le pronostic séparément pour chacune des présentations ; nous ferons donc un article distinct pour la présentation du sommet, un second pour la présentation du siège et un troisième pour la présentation de l'épaule.

En outre, comme le rétrécissement du bassin constitue, quand il s'y ajoute le gros volume du fœtus, une dystocie toute particulière, nous avons cru bon de réserver un chapitre spécial aux cas de bassins rétrécis.

I

La Présentation du Sommet

Chez les fœtus de poids normal, les statistiques donnent une proportion de 95 o/o de présentations du sommet. Chez les gros fœtus, on pourrait s'attendre, en raison même de leur volume, à trouver une proportion inférieure; cependant elle est sensiblement la même.

En effet sur 544 accouchements de gros enfants, nous avons trouvé un total de 509 présentation du sommet, ce qui nous donne une proportion de 93,75 o/o.

Toutefois cette légère diminution de présentations du sommet fait que nous trouverons une proportion un peu supérieure à la normale de présentations soit moins eutociques soit franchement dystociques, c'est-à-dire plus de présentations de la face ou du front et plus de présentations du siège et de l'épaule.

Quant aux variétés de positions du sommet, nous savons que, pour les fœtus de volume moyen, l'on trouve un pourcentage de 60 OIGA — 32 OIDP — 7 OIGP et 0,4 OIDA. La proportion pour les gros fœtus portant sur 509 sommets nous donne :

290 OIGA	soit une proportion de	56,9 o/o.
207 OIDP	— — —	40,6 o/o.
5 OIGP et 5 OIDA	— — —	0,9 o/o.

Cette proportion plus considérable de positions postérieures constitue une infériorité pour la bonne marche de l'accouchement, car, si l'accouchement dans la présentation du sommet, s'effectue le plus souvent sans difficulté, nous savons qu'il existe cependant une certaine différence entre les variétés antérieures et les variétés postérieures : dans les premières le travail est plus facile, plus régulier et relativement rapide ; dans les secondes, il traîne souvent en longueur et peut parfois présenter des difficultés considérables si la tête ne se fléchit pas.

Et, en effet, chez les femmes enceintes de gros fœtus, le travail traîne souvent en longueur. Déjà l'engagement de la présentation, qui, d'habitude chez les primipares se fait environ deux mois avant le début du travail, est, en cas de gros fœtus, non seulement retardé, mais encore dans un tiers des cas, il ne se fait que sous l'influence des contractions du travail et souvent même seulement après la rupture des membranes.

Il en est de même chez les multipares, où l'engagement de la présentation qui ne se fait d'habitude qu'au dernier mois de la gestation, ne se fait également dans un tiers des cas que pendant le travail et après la rupture des membranes.

Celle-ci d'ailleurs est loin d'être toujours tempestive..

Nous avons en effet relevé chez 81 primipares, 66 ruptures spontanées des membranes se divisant en :

prématurées : 16

précoces : 16

et tempestives : 34,

et 15 ruptures artificielles, comprenant 12 ruptures à la dilatation complète et 3 avant la dilatation complète.

Chez les multipares, la rupture spontanée et tempestive des membranes ne se rencontre pas plus fréquemment : nous n'en avons trouvé en effet que 235 cas contre 188 cas où la rupture fut ou précoce (50 fois) ou prématurée (60 fois) ou artificielle (78 fois).

L'accouchement proprement dit doit être étudié, dans les cas de présentation du sommet, séparément chez les primipares et chez les multipares.

1/ *Primipares*. — Nous avons dit plus haut la longueur du travail chez ces femmes ; les primipares sont en effet nombreuses, chez lesquelles le travail dure plus de 15 heures ; nous en avons même trouvé une quinzaine d'exemples où le travail dura entre 20 et 66 heures.

La durée de l'expulsion est également allongée. La tête fœtale étant plus grosse que normalement et ayant à passer par une filière vierge, a plus de difficultés à s'engager dans cette filière et à en vaincre la résistance. D'autre part l'utérus fatigué par des contractions plus nombreuses et plus énergiques pousse à la fin peu ou mal cette tête.

Dans d'autres cas, la tête ne s'engage même pas et

T'on est obligé de pratiquer une intervention quelconque.

Que la tête ne soit pas parvenue à s'engager, ou que, engagée, elle ne progresse pas, c'est le forceps qui doit d'abord prêter son concours, et presque toujours le forceps seul, sans intervention sanglante ni sur la mère, ni sur l'enfant, a triomphé du défaut de rotation de la tête ou de la lenteur de l'expulsion qui étaient les causes de son emploi.

Dans les 14 cas, où on a dû recourir à lui, sur 79 accouchements par le sommet de primipares à bassin normal, le forceps a toujours, à part deux cas particuliers, réussi à amener hors de la filière des voies génitales les fœtus vivants.

Il n'en est pas moins vrai que la fréquence de l'emploi du forceps est grande chez ces femmes, puisque nous trouvons une proportion approximative de 19 pour 100.

Les deux cas exceptionnels auxquels nous faisons allusion se sont terminés l'un par l'accouchement d'un enfant mort, l'autre par la basiotripsie et la décollation d'un fœtus de près de 6.000 gr.

La première de ces terminaisons malheureuses ne doit pas être imputée au forceps, mais plutôt à l'état général de la femme ainsi que le montre son observation qu'il nous paraît utile de reproduire ici :

OBSERVATION I

Femme primipare, âgée de 21 ans.

Hauteur utérine : 41 cm. Vomissements et œdème des membres inférieurs pendant sa grossesse. A son arrivée à l'Hôtel-Dieu : tête engagée en G. A. La poche des eaux, dit-elle, s'est rompue il y a exactement 24 heures et le liquide sentait mauvais. A partir de midi, dyspnée violente, délire, qui la font amener à la maternité de l'Hôtel-Dieu à 11 h. du soir. L'auscultation des bruits du cœur donne un résultat négatif. La température : 38°, le pouls est à 120. Etat général mauvais, dyspnée intense, toux sèche sans expectoration. Au toucher : la dilatation est complète, la tête est profondément engagée en G. A., très ossifiée, les os du crâne chevauchant les uns sur les autres. A ce moment l'auscultation fait entendre les bruits du cœur fœtal qui sont très rapides. La femme n'éprouve aucune douleur et ne pousse pas.

On décide un forceps à minuit ; en allant à la recherche de l'oreille, un flot de liquide horriblement fétide s'échappe. Le forceps se fait sans accident et extrait un garçon du poids de 4270 gr., long de 56 cm., né en état de mort apparente. On le frictionne, on le plonge dans des bains chauds et froids et on pratique l'insufflation pendant une heure ; il fait quelques mouvements inspiratoires très espacés puis le cœur s'arrête définitivement.

Après l'extraction de l'enfant, il s'échappe encore une grande quantité de liquide excessivement fétide. Le travail total a duré 65 heures.

On pratique la délivrance artificielle à 1 h. du matin et on fait une grande injection et un badigeonnage à la teinture d'iode,

La femme est traitée pendant 22 jours et sort guérie.

Il est donc bien évident que le forceps ne doit pas être responsable de la mort du fœtus, nous ne comptons donc pas ce cas comme un accident de forceps.

Le second cas concerne un fœtus de 5.940 gr.. le seul d'ailleurs d'un poids supérieur à 5.000 grammes que nous ayons trouvé chez une femme primipare ; en voici l'observation :

OBSERVATION II

Femme primipare présentant des varices des membres inférieurs et une forte tension des parois abdominales.

A l'arrivée de cette femme, on constate que la tête n'est pas engagée, les membranes sont intactes, les bruits du cœur bons : on diagnostique un gros fœtus. Les contractions utérines sont bonnes, on met la femme en observation, il est dix heures du matin.

Dans la nuit les contractions deviennent plus fortes, et le lendemain à 9 heures du matin on constate une dilatation d'une petite paume de main ; la tête est toujours mobile au-dessus du détroit supérieur, écoulement vaginal purulent T. 39°, P. 100. Diamètre promonto sous-pubien normal. A 5 heures du soir la dilatation est presque complète, les bruits

du cœur sont un peu irréguliers. A 6 h. du soir la dilatation est complète, on rompt les membranes et il s'écoule un liquide fétide fortement teinté de méconium. A 7 h. du soir la tête s'applique sur le détroit supérieur, mais appuie mal sur le col qui revient sur lui-même. Les bruits du cœur se ralentissent.

On décide un forceps au détroit supérieur, la prise se fait normalement, on fait des tractions énergiques et répétées, la tête ne bouge pas. A 10 heures du soir, les bruits du cœur disparaissent, la tête n'a pas bougé.

A 10 h. 1/2 M. Potocki décide la basiotripsie : introduction du perforateur, branche gauche, petit broiement, puis branche droite et grand broiement ; la matière cérébrale s'écoule, l'extraction de la tête est pénible, quant aux épaules elles sont arrêtées au détroit supérieur et il est impossible, à cause du gros volume de la tête qui occupe tout le vagin de dégager le bras postérieur. On fait donc la section du cou avec les ciseaux de Dubois, on enlève la tête et on dégage le bras postérieur, puis l'antérieur ; l'extraction du reste du corps est facile.

Le liquide amniotique est fétide. On fait la délivrance artificielle. L'enfant est un garçon du poids de 5940 gr. long de 47 cm. moins la tête. Le diamètre bisacromial mesure 16 cm. et le bitrochantérien 11,2.

L'autopsie montre les testicules au niveau du détroit supérieur de chaque côté de la colonne vertébrale.

Les suites de couches donnèrent lieu chez la mère à un peu de température et à quelques frissons qu'un traitement approprié fit disparaître en quelques jours.

Nous voyons donc qu'ici le forceps a été impuissant

extraire un enfant vivant. Y aurait-il dans des cas semblables d'autres interventions qui se pourraient ou se devraient employer ?

C'est là en somme la question de l'extraction des gros fœtus par la voie haute, question amorcée en 1909 par M. Potocki et soulevée à nouveau en mars dernier à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris (1).

Dans une des dernières séances de cette société, M. le professeur agrégé Lepage citait un cas de gros enfant pour lequel, la mère voulant un enfant vivant, il avait dû pratiquer, le bassin étant cependant normal, l'opération césarienne. Il s'agissait dit M. Lepage, d'une femme de 32 ans, enceinte pour la 4^e fois.

Le 1^{er} enfant extrait au forceps pèse 4.000 gr. mort 3 heures après sa naissance. Placenta : 830 gr. Suites de couches normales.

Une 2^e grossesse ; avortement de 2 mois.

Une 3^e grossesse ; accouchement à terme, présentation défectueuse : siège décomplété mode des fesses. Grandes difficultés d'extraction. Délivrance artificielle. L'enfant succombe quelques heures après sa naissance.

Enfin 4^e grossesse : travail très laborieux. Devant le refus de la mère d'accepter le forceps, M. Lepage pratique la césarienne. Enfant vivant, suites opératoires normales.

M. Lepage insiste sur les hésitations qu'il a éprouvées à intervenir chez cette femme dont le bassin était

(1) Journal de Médecine de Paris. XXXI^e année. N^o 17.

normal. Ce qui l'a décidé c'est le désir de la parturiente d'avoir un enfant vivant.

M. Rudaux ayant eu les mêmes difficultés pour extraire un fœtus malgré un accouchement provoqué à 8 mois (l'enfant pesait 11 livres et était mort-né), exprime l'opinion qu'en cas de grossesse ultérieure, il conseillerait l'opération césarienne.

Le Professeur Pinard ajoute que les deux observations de MM. Lepage et Rudaux sont précieuses, car elles montrent que la thérapeutique obstétricale est en pleine évolution, mais il demande qu'on se garde d'aller trop vite sur ce terrain et qu'on cherche de plus en plus à bien préciser les indications nettes de l'accouchement par la voie haute.

En somme les indications toujours exceptionnelles de l'opération césarienne seront surtout tirées de l'histoire des accouchements antérieurs et des difficultés rencontrées pendant l'extraction par des médecins rompus à la pratique des accouchements.

Mais la tête n'est pas seule, chez les gros fœtus, à être cause de dystocie, souvent aussi l'accouchement des épaules rencontre des difficultés, étant donné la longueur du diamètre bis-acromial, souvent supérieur à la moyenne.

Levret, Jacquemier, et Desmontils ont, d'ailleurs, attiré l'attention sur cette dystocie causée par la longueur de ce diamètre fœtal. Et ce n'est pas seulement par ses dimensions qu'il met obstacle à la sortie du tronc, c'est

encore par la position dans laquelle il se place par rapport au bassin de la mère : l'épaule postérieure appuyant sur le sacrum, tandis que l'antérieure vient s'accrocher sur la symphyse pubienne et la déborde ; et cette disposition ne fait que s'accroître du fait des efforts de la mère et des tractions de l'accoucheur.

Mais une telle dystocie est vraiment rare, car nous n'en avons pas rencontré un seul exemple ; dans quelques cas la tête fœtale sortie spontanément ou extraite par le forceps, restait appliquée à la vulve ou les épaules retenues à la partie supérieure de l'excavation descendaient difficilement ; mais presque toujours il a suffi, la femme étant placée au bord du lit, de tractions, parfois il est vrai, énergiques, prolongées et répétées pour que les épaules s'abaissassent et arrivassent sur le bassin mou où elles se dégageaient facilement.

Dans quelques cas rares, on a dû procéder au dégagement successif des bras, mais la manœuvre de Couder a été toujours suffisante et a permis de dégager les épaules et par là l'extraction normale du tronc.

Nous devons ajouter également que, dans l'accouchement de la tête première, nous n'avons pas remarqué de dystocie causée par le diamètre bitrochantérien.

En résumé, notre statistique de primipares accouchant de gros fœtus nous donne les résultats suivants : sur 81 femmes primipares à bassin normal et 77 présentations du sommet : 63 expulsions spontanées ayant donné 62 enfants vivants et 1 mort et 14 forceps ayant donné 12 enfants vivants et 2 morts.

Nous savons, d'autre part, que les applications de forceps ne se font pas sans causer des lésions qui sont parfois importantes pour la mère et pour l'enfant. Celles que produit le forceps chez les primipares enceintes de gros fœtus ne s'écartent cependant pas sensiblement des lésions que toute primipare subit en cas d'intervention de cette nature.

Nous avons en effet noté 37 fois de petites déchirures de la vulve ou du périnée pour lesquelles quelques serrefines ou crins de Florence ont été suffisants à amener la réparation intégrale. Toutefois, et l'on est en droit de s'y attendre, le forceps, dans ces cas de primipares à gros enfants, a produit 4 déchirures complètes du périnée. Dans ces 4 cas, il s'agissait de garçons, du poids de 4.150 à 4.260 grammes ; les circonférences de la tête fœtale n'étaient cependant pas exagérées, car elles mesuraient de 37 à 38 centimètres pour la grande circonférence et de 33 à 34 centimètres pour la petite ; la cause de ces importantes lésions était l'ossification des sutures du crâne, ossification précoce qui permettait un chevauchement moindre des os du crâne et par conséquent diminuait la possibilité de l'amoindrissement de la tête dans son passage à travers la filière vulvo-périnéale.

Quant à la délivrance, elle ne présente pas de particularités notables et ne cause guère d'accidents graves. Nous avons en effet trouvé chez les primipares accouchant de gros enfants, soit en présentation du sommet, soit de toute autre façon, une majorité grande de délivrances naturelles et complètes, qui va jusqu'à 74 sur 81. Les 7

délivrances artificielles que nous avons remarquées, sont dues, presque toutes, à l'inertie utérine et à l'hémorragie, l'utérus fatigué par la longueur du travail qu'aggrave le gros volume du fœtus, se contractant difficilement dans ces cas et ayant peu de tendance à revenir sur lui-même.

Une seule fois, on dut faire la délivrance artificielle pour infection de la mère et fétidité du liquide amniotique.

Ces hémorragies, de même que deux autres qui se produisirent après une délivrance naturelle cédèrent d'ailleurs aux injections chaudes ou au tamponnement intra-utérin ; et l'état de la femme se releva grâce à des injections de sérum artificiel.

En somme, hémorragies de la délivrance peu nombreuses et peu graves et état satisfaisant de la femme avec suites de couches normales.

Pour nous résumer, nous dirons donc que le pronostic pour la mère, est très bon, de l'accouchement en présentation du sommet chez les primipares enceintes de gros enfants. Malgré l'infériorité où les placent leur primiparité d'abord, le gros fœtus qu'elles portent, ensuite, l'accouchement se passe tout à fait normalement dans la presque totalité des cas.

Les accidents de la grossesse sont, il est vrai, fréquents, le travail est plus long, les difficultés de l'accouchement plus nombreuses, les accidents de la délivrance moins rares, mais le résultat final, le seul qui compte vraiment, c'est-à-dire la vie de la mère et de

l'enfant, est favorable ; puisque nous n'avons trouvé aucune primipare qui ait succombé et seulement deux mort de fœtus dues à des circonstances tout à fait particulières.

Le pronostic fœtal est d'autant meilleur, que ces gros enfants sont venus bien constitués, sans troubles, accidents ni malformations d'aucune sorte.

2/ *Multipares*. — L'accouchement, par le sommet, des gros fœtus, chez les multipares, comporte un pronostic qui, bien qu'encore très favorable, l'est cependant moins que chez les mêmes femmes accouchant de fœtus de poids normal.

Ici encore l'expulsion spontanée du fœtus est de beaucoup la règle et l'emploi du forceps est rare. Nous n'avons en effet trouvé que 5 forceps, chez des femmes à bassin normal (nous étudierons à la fin de ce travail les cas de bassin rétrécis) et dans ces 5 cas l'enfant a été retiré vivant.

Nous avons cependant remarqué 2 cas où le fœtus mort in utero dut être basiotripsié ; en voici les observations :

OBSERVATION III

Femme III pare. La première grossesse donna un accouchement spontané en sommet ; la deuxième deux jumeaux dont l'un fut expulsé spontanément vivant, et l'autre extrait mort.

A souffert pendant cette grossesse, de varices et d'œdème des membres inférieurs.

Examen : Tête amorcée en G. A. Les membranes se rompent à 1 h. du matin, les douleurs ayant commencé la veille à 9 h. du soir. La dilatation est de 2 f. 24 heures plus tard, la dilatation n'est encore que comme une petite paume de main ; les bruits du cœur sont bons, mais le travail ne fait pas de progrès. A 3 h. du matin, le surlendemain, les bruits du cœur cessent, la tête est toujours peu engagée, la dilatation est toujours la même. A 11 h. du matin, même état, le liquide amniotique qui s'écoule est plus foncé. M. Champetier de Ribes décide, après examen, la basiotripsie. Introduction du perforateur, de la branche gauche et petit broiement, la matière cérébrale s'écoule ; branche droite et grand broiement, l'extraction de la tête est difficile et les épaules ne descendent pas. On arrive avec le crochet de Tarnier à attirer au dehors un bras avec de grandes difficultés. Alors, le reste de l'extraction est facile.

L'enfant était un garçon et pesait, sans la matière cérébrale, 4250 grammes.

C'est donc ici le non engagement de la tête et la longueur exagérée du travail qui causèrent la mort du fœtus.

Dans l'observation suivante, la mort in-utéro du fœtus remontait à environ un mois, et il semble qu'elle ait été causée par la quantité exagérée du liquide amniotique.

OBSERVATION IV

Femme VIII pare. Les 6 premiers accouchements normaux, le 7^e, présentation de l'épaule.

Arrive à la Pitié à 9 h. du matin, présente des varices aux deux jambes avec de l'œdème et un œdème assez considérable de la paroi abdominale. Dit ne plus sentir remuer depuis un mois et avoir eu une montée de lait il y a quinze jours.

Examen : Palper impossible à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale ; tête non engagée. Auscultation négative. Dilatation d'une petite paume de main et membranes intactes. A 10 h. du matin, le même jour, la dilatation est complète, on rompt les membranes et il s'écoule trois litres de liquide chocolaté. La tête s'engage mais ne progresse pas. M. Potocki fait un forceps au détroit supérieur, des tractions énergiques et prolongées ne font pas bouger la tête. Il décide alors la basiotripsie. L'articulation des branches du basiotribe est difficile. La matière cérébrale s'écoule et des tractions très fortes amènent la tête à la vulve. Les épaules retenues au détroit supérieur ne s'engagent pas ; on doit dégager le bras postérieur à l'aide du crochet de Braun. On tire alors très fort, mais le fœtus ne vient encore pas. On transforme alors le bras antérieur en postérieur et on dégage artificiellement ce bras. L'extraction est alors aisée.

L'enfant, macéré, était une fille de 4.300 gr., sans la matière cérébrale.

Nous voyons, par la lecture de ces deux observations que l'extraction du tronc est encore une des difficultés de l'accouchement ; et en effet, la longueur du diamètre

bis-acromial est chez les multipares comme nous l'avons vu chez les primipares, une cause assez fréquente de dystocie. Mais chez elles, non plus, point n'est besoin de recourir à une intervention sanglante ; il suffit encore, la femme étant mise en travers du lit, de dégager soit par de simples mais fortes tractions soit par le crochet de Braun, l'une après l'autre les deux épaules, et celles-ci une fois dégagées, l'extraction du tronc devient très facile.

Ces tractions, cependant peuvent causer des accidents chez le fœtus ; nous n'avons, il est vrai, trouvé qu'une fois, dans cette manœuvre, une fracture de la clavicule ; mais nous sommes les premiers à nous étonner de la rareté de cet accident, ainsi que l'absence de toute paralysie du plexus brachial, dont nous nous attendions à trouver des exemples.

Toutefois, d'autres accidents peuvent être causés au fœtus par la longueur du travail et l'asphyxie en est le plus commun.

Nous avons en effet remarqué qu'un assez grand nombre d'enfants naissaient étonnés ou en état de mort apparente et qu'il fallait employer parfois, pour les ranimer tout l'arsenal de la thérapeutique propre à faire naître la respiration.

Nous signalons en particulier 5 ou 6 cas de cyanose de l'enfant, dont la durée fut de 3 à 6 jours. Ces formes bleues de l'asphyxie peuvent parfaitement se terminer par la mort de l'enfant, et souvent il faut instituer un traitement énergique et longtemps continué. Le traite-

ment relaté dans l'observation suivante est un type des traitements à employer dans ces cas de cyanose.

OBSERVATION V

Femme V pare, entrée à la Pitié à 2 heures du soir ; dilatation de 5 francs qui est complète au bout de 3 heures. Tête mobile non engagée. Œdème sus-pubien et des membres inférieurs. Période d'expulsion longue et dure : durée 2 heures 1/2. La tête dégagée, les épaules restent retenues au détroit supérieur et sont extraites difficilement. Délivrance naturelle et complète.

L'enfant est un garçon pesant 4.575 gr. et mesurant 52 cent.

Immédiatement après sa naissance, l'enfant est cyanosé, on le met dans un berceau avec de l'oxygène en permanence. Quelques heures après, on constate en le changeant, qu'il a perdu par le cordon une assez grande quantité de sang ; on resserre la ligature et l'hémorragie cesse.

Le 2^e jour, l'enfant est toujours cyanosé, on continue l'oxygène, il rend son méconium, sa température est normale, il prend le sein. Dans la journée on lui fait des frictions à l'alcool et on lui donne des bains tièdes.

Le 3^e jour, même état. Température normale, on continue l'oxygène et les frictions à l'alcool.

Le 4^e jour, l'enfant est moins cyanosé, il rend par le nez et la bouche la valeur d'une cuillerée à soupe de sang noir. Le même traitement est continué.

Le 5^e jour, on remarque à chaque œil de petites hémorragies conjonctivales ; la cyanose de la face a disparu, on sup-

prime l'oxygène, la température est toujours normale et l'enfant tête bien.

Le 6^e jour, l'enfant est complètement guéri.

Un autre accident, que nous devons également signaler, car il a entraîné parfois la mort de l'enfant, c'est l'hémorragie méningée, qui peut se produire sans qu'il y ait eu de manœuvres quelconques aidant à la sortie du fœtus.

Nous en avons recueilli quelques exemples, dans lesquels l'accouchement s'était passé d'une façon absolument normale : femme multipare, rupture spontanée tempestive des membranes, bassin normal, tête engagée, expulsion spontanée par un travail régulier — et quelque temps après, 12 heures dans certains cas, 1 à 2 jours dans d'autres, l'enfant mourrait brusquement et l'autopsie révélait une hémorragie méningée, que rien n'avait permis de prévoir et qu'aucune lésion apparente du crâne n'avait permis de diagnostiquer.

En somme le diagnostic fœtal bien qu'essentiellement favorable, est sujet à des réticences, puisque le gros enfant est parfois victime d'accidents causés par son volume exagéré.

Au point de vue du pronostic maternel, l'accouchement des gros fœtus ne présente que peu de particularités ; nous avons cependant trouvé un total de petites lésions, tant érosions que déchirures, de la vulve et du périnée, que l'on n'est pas en droit d'attendre d'une multipare, mais, d'autre part, qui étonnent peu chez

une femme portant un fœtus volumineux. Toujours, dans les 61 cas où nous avons relevé ces lésions, la réunion a été faite au moyen de serre-fines ou de crins de Florence, et, le délabrement étant de peu d'étendue, la guérison ne s'est pas fait attendre et a été parfaite.

Nous ne ferons que mentionner, en outre, quelques cas de phlébite des membres inférieurs, cette complication pouvant se rencontrer aussi bien dans les accouchements de fœtus de volume normal que dans ceux de fœtus de gros volume.

Au point de vue de la délivrance, nous trouvons une grande majorité d'expulsions spontanées ou d'extractions simples du placenta. Nous signalons cependant une vingtaine de délivrances artificielles dûes pour la plupart à l'inertie utérine et à l'hémorragie post partum et une quinzaine d'hémorragies de la délivrance, qui ont été traitées tantôt facilement par les injections chaudes, tantôt difficilement par le tamponnement intra utérin ou même l'ergotine, mais qui n'ont jamais eu, en aucun cas, de suites fâcheuses.

Nous concluons donc cette étude de la présentation du sommet en disant que le pronostic de l'accouchement en est favorable, tant pour la mère que pour l'enfant, exception faite des quelques accidents et des quelques complications que nous avons signalés.

Nous ne dirons que quelques mots des présentations de la face et du front, les accidents et complications

que nous avons relatés plus haut pour le sommet, étant les mêmes pour toutes les présentations céphaliques.

Sur les 6 cas de présentation de la face que nous avons recueillis, 5 ont été des accouchements spontanés, de même que le seul accouchement en présentation du front que nous ayons trouvé ; dans un seul cas, une intervention au forceps a été nécessaire pour défaut de rotation de la tête fœtale chez une femme primipare.

Ces accouchements n'ont rien présenté de particulier les 7 fœtus étant venus vivants et bien constitués et leur poids variant entre 4020 et 5030 grammes. Les suites de couches chez les mères ont été aussi absolument normales.

Nous ferons seulement remarquer que la présentation de la face se rencontre plus fréquemment en cas de gros enfants, puisque, alors qu'elle est normalement de 1 sur 250, nous l'avons trouvée de 1 sur 80.

Pour la présentation du front, sans vouloir établir de proportion, nous dirons simplement que nous en avons trouvé un exemple sur 544 accouchements et que la moyenne dans les accouchements de fœtus ordinaires est de 1 sur 5000 ou sur 1000, suivant les statistiques.

II

La présentation du siège

La présentation du siège est, chez les fœtus de volume normal, celle que l'on rencontre le plus fréquemment, après la présentation du sommet, bien que très loin derrière elle, puisque on trouve en moyenne 1 siège sur 62 à terme (Pinard).

Chez les gros fœtus cette proportion est plus que doublée, car sur 344 accouchements nous avons trouvé 20 sièges ce qui nous donne une moyenne de 1 siège sur 24.

Il est vrai que la proportion des variétés de cette présentation est à peu près la même dans les deux cas. M. Lepage compte en effet pour les enfants de poids moyen sur 174 sièges :

107 modes des fesses ;

55 complets ;

10 mode des pieds ;

1 mode des genoux ;

1 inconnu.

et nous trouvons, pour les gros fœtus, sur les 20 sièges ;

10 modes des fesses ;

6 complets ;

4 mode des pieds ;

0 mode des genoux.

Quant aux variétés de position, Madame Lachapelle donne 756 gauches contre 494 droites, et, par ordre de fréquence, d'abord S. I. G. A., puis S. I. D. P. et enfin quelques cas rares de S. I. D. A. et de S. I. G. P., et nous avons trouvé 14 S. I. G. A., 3 S. I. D. P. et 3 Transverses dont nous n'avons pu connaître les positions d'engagement.

L'accouchement de gros fœtus par le siège, bien que n'étant pas aussi favorable que le sommet, garde cependant encore un très bon pronostic du moins dans le cas de siège complet, tant pour la mère que pour l'enfant.

En cas de siège complet, en effet, l'expulsion spontanée se rencontre dans la majorité des cas, et l'extraction, quand elle a dû être employée, est, en général, facile et cause peu de dégâts. Sur les 6 sièges complets que nous avons rencontrés, le poids des fœtus allait de 4.030 à 4.930 grammes et néanmoins l'accouchement ne donna que de bons résultats.

Il est loin d'en être de même pour le siège décomplété soit mode des fesses, soit mode des pieds ; nous irons jusqu'à dire qu'il constitue, pour les gros enfants, l'accouchement dystocique par excellence concurremment avec la présentation de l'épaule.

Tout d'abord le travail est parfois d'une longueur déconcertante, la rupture prématurée de la poche des eaux étant la règle. En outre l'expulsion spontanée est ici l'exception, l'extraction étant presque toujours obligatoire ; nous n'avons en effet recueilli que 3 expulsions spontanées contre 11 extractions. Enfin dans la majorité

des cas l'extraction est si longue et si difficile qu'elle ne peut sauver l'enfant.

Tout semble se liguier pour causer des difficultés à l'accouchement par le siège, et chaque phase de l'extraction s'en ressent : souvent l'abaissement d'un pied, conseillé par Barnes et dont M. Potocki a si bien fixé la technique, est quasi impossible, l'utérus rétracté empêchant la pénétration de la main et le siège du fœtus comblant l'excavation.

On doit alors employer le forceps ou les lacs.

Quand le siège est au détroit inférieur, l'extraction est d'habitude plus facile, mais présente encore parfois des difficultés pour la préhension et l'abaissement du pied antérieur.

Le tronc, une fois sorti, restent encore les épaules, qui sont elles aussi une cause sérieuse de dystocie. Presque toujours les bras sont relevés, et si l'abaissement du bras postérieur se fait généralement bien, on éprouve plus de difficultés pour le bras antérieur qu'on doit rendre postérieur, en faisant subir au fœtus une rotation de 180°.

Enfin le passage de la tête dernière est encore à redouter et il est bon de tenter systématiquement son extraction par la manœuvre de Mauriceau.

Au point de vue du résultat de l'accouchement, nous constatons une grande différence entre les deux modes de présentation du siège : alors que le siège complet ne nous a donné aucun cas de mort du fœtus, dans le siège décompleté mode des fesses, nous trouvons 4 enfants

morts contre 6 vivants et dans le siège décomplété mode des pieds 1 enfant mort contre 3 vivants. Le pronostic pour ces deux variétés est donc franchement mauvais.

Pour la mère l'accident le plus à craindre est la déchirure complète du périnée, qui est assez fréquente même chez les multipares — et qui intéresse parfois le sphincter et la cloison recto-vaginale et qui peut même intéresser la paroi rectale.

Nous ne pouvons mieux montrer la dystocie causée par ces positions qu'en citant les deux observations suivantes ayant trait : la première à un siège mode des fesses, la seconde à un siège mode des pieds.

OBSEBVATION VI

Femme III pare, âgée de 32 ans. Les deux premiers sont des accouchements à terme. spontanés et en sommet.

Arrive à l'Hôtel-Dieu à 4 heures du soir, ayant perdu les eaux la veille ; il s'était écoulé du liquide teinté de méconium. Depuis ce moment les douleurs, qui étaient peu prononcées, ont tout à fait cessé.

Examen : Siège engagé en G A. Bruits du cœur sourds : 128 à la minute. La dilatation est de 2 f. On place un ballon de Champetier de volume moyen à 6 h. du soir. A 7 h. les douleurs apparaissent ; à 7 h. 10 on gonfle le ballon à bloc, et il est expulsé à 8 h. 45. Le toucher fait sentir les fesses engagées dans l'orifice utérin ; on essaie mais en vain d'a-

baisser le pied ou la cuisse. A 10 h. 1/2, les douleurs cessent complètement, l'enfant n'a pas progressé, les bruits du cœur sont à 180.

On décide un forceps. L'orifice utérin enserrant complètement le siège, on éprouve de grandes difficultés pour introduire la main d'abord, les deux branches du forceps ensuite.

On tire, le forceps dérape. Les bruits du cœur sont toujours rapides. La température de la femme est de 38° 1.

A minuit 45, M. Champetier de Ribes fait donner du chloroforme à la parturiente, puis tente de passer un lacs à la hanche droite, avec la main d'abord, ensuite avec un crochet, mais il ne peut y arriver. Au prix de grandes difficultés il parvient cependant à amener un pied à la vulve ; on tire sur ce pied mais on n'obtient pas de résultat. On arrive très difficilement à amener le second pied. Tractions énergiques, mais aucun résultat ; on les continue et on arrive à faire sortir le tronc. A ce moment, l'enfant est encore vivant, car M. Champetier de Ribes sent le thorax se dilater. On va à la recherche des bras relevés. L'abaissement du bras droit est très pénible et exige trois reprises ; on abaisse ensuite le bras gauche et on extrait alors les épaules. La tête est enfin très difficile à extraire et détermine une déchirure du vagin et du périnée. Le chloroforme a duré 1 h. 1/4.

L'enfant est mort : garçon de 4.410 gr. Longueur : 53 cm. Circonférence de la tête 37/36. On fait la délivrance artificielle et on extrait un placenta de 800 gr.

Le périnée est refait ainsi que le sphincter anal, et on injecte à la femme 300 gr. de sérum. 18 jours après, la femme sortait en bon état.

OBSERVATION VII

Femme VI pare, âgée de 42 ans. Les 5 accouchements antérieurs se sont faits spontanément, à terme et en sommet.

Arrive à l'Hôtel-Dieu à 9 h. du soir. Souffre depuis 11 h. du matin, douleurs et contractions normales, une sage-femme a rompu les eaux à 5 h. du soir ; il s'est fait alors une procidence du cordon et la femme a cessé de pousser.

Examen : Siège en S I G T ; utérus dur, ne se relâchant pas ; pas de douleurs, de temps en temps l'utérus prend une consistance plus ferme, et à ces moments la femme ne ressent qu'une très légère douleur. Le cordon sort par la vulve de 30 cm.

Toucher : la dilatation est complète, on sent les deux pieds dans le vagin, l'anneau de contraction, assez serré, mais cependant franchissable, enserre les genoux. Après l'avoir franchi, on sent le siège dans la fosse iliaque gauche où le fœtus semble assis. L'utérus fatigué, ne se contracte plus du tout. On ne perçoit pas les bruits du cœur. La température de la femme est de 38°2. On attend 2 heures ; nulle modification ne se produit.

A minuit on extrait l'enfant ; l'extraction est délicate ; les bras étant relevés, on doit abaisser le bras postérieur, puis l'antérieur.

L'enfant est mort : garçon de 4.080 grammes.

On fait la délivrance artificielle et on extrait un placenta de 600 gr.

On constate une légère déchirure du col à gauche et de la vulve. Le travail a duré 9 h. 15.

III

La présentation de l'épaule

La présentation de l'épaule, présentation distocique au premier chef, se devait à elle même une plus grande fréquence chez les fœtus volumineux que chez les fœtus de volume moyen. Et en effet, alors que, pour ces derniers, elle se rencontre 1 fois sur 124 (Pinard) chez ceux-là, elle se rencontre environ 1 fois sur 60, et dans la proportion de 7 droites pour une gauche. Elle est donc 2 fois plus fréquente.

Nous savons que dans cette présentation à terme, l'intervention est obligatoire, et il ne peut en être autrement pour les gros fœtus.

Généralement la version par manœuvres externes ne réussit pas, tant à cause du gros volume de l'enfant qu'il est plus difficile de mobiliser, qu'à cause des contractions utérines qui gênent les mouvements qu'on lui imprime. Il convient donc, une fois que la dilatation est complète, de rompre les membranes et de faire, comme dans toute présentation de l'épaule, la version par manœuvres internes.

Si les membranes sont déjà rompues, alors que la

dilatation est incomplète, celle-ci doit être complétée soit par le procédé bimanuel de Bonnaire soit plutôt à l'aide d'un ballon de Champétier, puis la version est faite sous chloroforme.

Mais si la rupture des membranes a eu lieu déjà depuis un certain temps, si l'utérus est fortement rétracté, ou si l'épaule a déjà subi un certain degré d'engagement, la version est impossible et doit céder la place à l'embryotomie.

Or précisément dans le cas de gros fœtus, la rupture de la poche des eaux est souvent prématurée, il s'ensuit donc que, dans ces conditions, une présentation de l'épaule se produisant, la version sera difficile à faire d'autant plus que le volume de fœtus en accroîtra le danger.

Et en effet, les 9 présentations de l'épaule, que nous avons collationnées, nous ont montré toute la dystocie que l'on était en droit d'en attendre, et nous ont laissé un pronostic très sombre.

3 enfants seulement ont pu être extraits vivants, la dilatation complète lors de la rupture soit spontanée soit artificielle de la poche des eaux ayant permis de faire immédiatement la version podalique.

Pour les 6 autres, 4 ont succombé avant qu'il ait été possible de les extraire, qui pesaient respectivement 4250, 4340, 4470 et 5000 gr., et les 2 derniers non seulement n'ont pu être extraits vivants, mais encore, ayant succombé pendant le travail, ont dû être embryotomisés.

Il nous semble utile de donner comme exemple de

cette dystocie l'observation suivante qui a trait à un fœtus du poids de 5 kilos qui, à la dystocie causée par son gros volume, joignait une seconde cause de dystocie due à un léger retrécissement du bassin de sa mère :

OBSERVATION VIII

Femme III pare, âgée de 32 ans. Les 2 accouchements antérieurs ont été faits au forceps, les enfants étant très gros et pesant 4500 gr. environ.

Accidents de cette grossesse : vertiges, constipation, leucorrhée abondante.

A l'entrée de la femme à l'Hôtel-Dieu on examine le bassin et on trouve un promotoire saillant et modérément élevé ; le côté gauche du bassin semble plus étroit que le droit, la colonne vertébrale est légèrement incurvée et la jambe droite un peu plus courte que la jambe gauche.

Examen : tête mobile au détroit supérieur, poche des eaux intacte ; la femme étant à terme et les premiers accouchements ayant donné des enfants morts-nés extraits au forceps, on décide de provoquer l'accouchement ; la tête étant très mobile et n'ayant aucune tendance à s'engager, on tente une version. A 1 h. 15 du soir, on introduit un ballon de 33 cm. de circonférence. A 2 h. 1/2 quelques douleurs apparaissent. A 4 h. on s'aperçoit que la poche des eaux est rompue ; pour hâter la dilatation, et pour faire bien appuyer le ballon sur le col, on retire du liquide et quand on s'aperçoit que l'orifice interne du col est dilaté, on remplit au maximum le ballon. A 6 h. du soir la dilatation est complète, on retire le ballon, la

présentation est : épaule droite, dos en arrière, le bras droit est abaissé, on l'entoure d'un lacs et on fait la version. Les pieds sont abaissés l'un après l'autre avec beaucoup de difficultés, et l'abdomen apparaît à la vulve.

On s'aperçoit alors que le fœtus, qui est énorme, est bloqué et il est absolument impossible de dégager le bras ; le cordon a cessé de battre,

On procède alors à l'éviscération du fœtus : on fait une incision latérale de l'abdomen, on enlève les viscères abdominaux et l'on va, après incision du diaphragme, comprimer les viscères thoraciques ; alors, quoiqu'encore très péniblement, les bras peuvent être abaissés.

La basiotripsie sur la tête dernière se passe normalement. Le fœtus est enlevé à 7 h., le délivre suit immédiatement.

On excise un grand lambeau de muqueuse vaginale qui a été décollé et déchiqueté, puis on comble le reste du décollement par 2 surjets au catgut. Le périnée est immédiatement refait refait par 4 crins de Florence. Grande injection intrautérine, badigeonnage à la teinture d'iode et tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité utérine.

18 jours plus tard la femme quitte la Maternité complètement guérie, mais il reste une perte de substance au milieu du périnée, celui-ci s'étant réuni seulement à la partie antérieure et cette coalescence formant comme un pont qui limite en avant la perte de substance par laquelle le vagin communique avec l'extérieur. Un mois plus tard on fit à la femme une périnéorrhaphie qui lui refit un périnée en parfait état.

Conclusion : Cette femme a eu 3 accouchements à terme ou tout près du terme, qui tous trois ont nécessité une intervention : forceps pour les deux premiers, basiotripsie pour le troisième ; tous les trois sont morts-nés, leur mort tenant à

la disproportion de leur volume avec le bassin rétréci et surtout irrégulier de la mère ; il est évident qu'à terme, même une symphyséotomie n'aurait pu donner de résultat satisfaisant. Aussi MM. Champetier, de Ribes et Bouffe de Saint-Blaise ont été unanimes à déclarer que, si le fait se représentait, ils feraient l'accouchement prématuré à 8 mois avec ou sans symphyséotomie.

Cette conclusion est à rapprocher, en les comparant, des conclusions exposées page 32 à propos de l'intervention en cas d'enfants très gros et de celles exposées page 63 ayant trait aux bassins rétrécis contenant de gros fœtus.

Au point de vue maternel, le pronostic est également à réserver, car, dans cette présentation de l'enfant par l'épaule, la mère est, elle aussi, sujette à des accidents graves.

Sur les neuf présentations de l'épaule, nous avons en effet relevé 3 hémorragies graves de la délivrance qui n'ont pu être arrêtées que par des moyens énergiques et deux ruptures utérines ayant entraîné toutes deux la mort de la femme.

C'est là, en effet, l'accident grave de la version par manœuvres internes en cas de gros fœtus, et surtout, comme le dit Tarnier « de la version facile, trop facile » ; nous rapportons ci-dessous un de ces cas de rupture utérine, dont les manifestations ont été d'abord prises pour une simple hémorragie de la délivrance.

OBSERVATION IX

Femme III pare, âgée de 25 ans, les 2 premiers accouchements furent spontanés et en sommet.

Entrée à l'Hôtel Dieu à 2 heures du matin.

Examen : au palper on constate que la tête est dans le flanc gauche, les membres dans le flanc droit. Les bruits du cœur ont leur maximum à droite, à trois travers de doigts en dessous de l'ombilic, ils sont faibles et couverts par un gros souffle utérin. Une main sort par la vulve et, au toucher, on constate un col incomplètement dilaté, laissant pénétrer la main, l'utérus est contracté. On diagnostique : présentation de l'épaule gauche, tête à gauche et dos en arrière.

Quelques heures auparavant la malade a appelé une sage-femme qui, constatant une présentation de l'épaule, a essayé en vain une version par manœuvres externes et a envoyé la parturiente à l'Hôtel-Dieu.

On décide une version podalique, d'abord sans chloroforme, mais l'utérus étant très contracté, on ne peut arriver à saisir un pied. On donne donc du chloroforme et on arrive à saisir le pied droit qu'on amène dans le vagin. L'extraction du fœtus est excessivement pénible ; il faut des tractions énergiques et prolongées pour faire venir le corps au dehors ; on dégage les deux membres supérieurs, et l'extraction de la tête est assez facile. L'enfant est mort ; la version et l'extraction ont duré 1 h. 1/2.

Un quart d'heure après on fait la délivrance : placenta de 830 gr., normal et complet. Légère déchirure du périnée, réunie par deux points de suture.

Une demi-heure après la délivrance : inertie utérine et hémorragie légère et continue ; on doit pratiquer, presque sans interruption le massage utérin, car dès qu'on s'arrête, l'hémorragie recommence. La femme est pâle, a les lèvres décolorées et les extrémités froides. On fait une injection de 500 gr. de sérum. Le pouls reste petit et rapide. On continue le massage qui influe manifestement sur l'hémorragie. Le pouls devient filiforme et incomptable ; l'expression utérine fait sortir des caillots et du sang liquide. On fait une deuxième injection de 500 gr. de sérum.

L'hémorragie persistant, on fait le toucher intra-utérin et on constate une rupture utérine avec perte de substance, située à droite, commençant à l'insertion de l'utérus sur le vagin, tenant toute la hauteur du segment inférieur et se prolongeant en dehors et en haut, sur la face externe du corps de l'utérus. On fait une injection intra-utérine chaude et un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Mais le sang continue à suinter et apparaît à la vulve.

Pendant ce temps, l'état général s'aggrave de plus en plus, la femme a des défaillances, sa pâleur est extrême, le pouls est de plus en plus filiforme, les extrémités sont froides, la soif est vive.

On retire la gaze et on fait un tamponnement intra-utérin. 1 ou 2 hoquets apparaissent, on fait des piqûres d'éther, on fait des installations d'oxygène, une injection de sérum, des frictions sur les membres inférieurs, et on donne des boissons fraîches. Rien n'y fait et la femme meurt à 6 heures du matin.

Nous voyons donc que la présentation de l'épaule,

plus encore chez les gros fœtus que chez d'autres, comporte un pronostic sombre et que les précautions les plus grandes sont à prendre dans la version par manœuvres internes, unique moyen cependant à employer si l'on veut obtenir, sans opération grave, un enfant vivant.

CHAPITRE IV

Les gros fœtus et les bassins rétrécis

Il nous reste, pour terminer cette étude, à envisager les cas où, à la dystocie causée par le gros volume du fœtus, s'ajoute une dystocie causée par un rétrécissement du bassin.

Notre statistique porte uniquement sur des bassins dont le diamètre promoto sous-pubien varie entre 11,5 et 10 centimètres et par conséquent le diamètre promoto-pubien minimum entre 10 et 8,5 centimètres.

Ces bassins permettraient donc, au cas de fœtus de volume moyen, de compter sur un résultat favorable, c'est-à-dire un accouchement soit spontané, soit peu difficile ; avec de gros fœtus il n'en est pas de même.

Sur les 20 bassins rétrécis, dont nous avons recueilli les observations, nous avons trouvé 9 bassins ayant de 10,5 à 9,5 de promoto-pubien minimum, 10 autres ayant de 9,5 à 8,5 et un bassin oblique ovalaire.

Mais comme il importe aussi de tenir compte du volume du fœtus, nous verrons que dans les cas des bassins plus rétrécis, il se peut que la femme accouche d'un enfant vivant, tandis que dans le cas de bassins plus larges, l'enfant peut succomber lors du travail.

C'est donc surtout là une question de rapport entre le volume du fœtus et le degré de rétrécissement du bassin.

1/ *Bassins à diamètre promonto-pubien minimum allant de 10,5 à 9,5 :*

Sur 9 de ces bassins, nous avons trouvé 4 accouchements absolument normaux tous en sommet, et les fœtus pesant entre 4040 et 4685 grammes. Le travail même n'a guère présenté d'anomalie, puisque sa durée, chez ces femmes multipares fut de 6 à 11 heures.

Dans deux autres cas, on dut pour lenteur du travail et inertie utérine pratiquer un forceps qui amena vivants deux enfants du poids respectif de 4120 et 4210 grammes. Toutefois, le lendemain de l'accouchement, on remarqua que le dernier présentait une paralysie totale du membre supérieur droit, dont un traitement électrique eut vite raison, car lorsque, 16 jours après, la mère quitta l'hôpital, l'enfant remuait parfaitement son bras droit.

Enfin les 3 autres cas eurent une terminaison fâcheuse. La longueur du travail, en effet, dans deux d'entre

eux, entraîna une application de forceps au détroit supérieur, laquelle si vite qu'elle ait été pratiquée, ne put extraire les fœtus vivants.

Le 9^e cas, a trait à l'observation VIII, qui concerne un fœtus du poids de 5.000 gr. On comprend que la dystocie du bassin aidant, il ait été impossible d'avoir, par la voie basse, dans ces conditions un enfant vivant.

Les bassins rétrécis à diamètre promonto-pubien minimum allant de 10,5 à 9,5 nous donnent donc une proportion de décès de 33 %.

2/ Bassins à diamètre promonto-pubien minimum allant de 9,5 à 8,5 :

Alors que les bassins légèrement rétrécis, que nous venons de voir, permettent dans les 2/3 des cas, le passage des fœtus vivants, sans qu'il soit besoin d'intervention sanglante, il n'en est pas de même dans les bassins plus rétrécis.

Sur 10 de ces bassins dont nous avons recueilli les observations, plusieurs fois une intervention sanglante a été nécessaire. Dans 3 cas, en effet, la symphyséotomie a été l'opération de choix et a permis l'extraction, à travers des bassins de 8,5, de fœtus vivants du poids respectif de 4080, 4100 et 4380 grammes.

Dans les 7 autres cas, 3 enfants ont pu être extraits par le forceps, alors que les bassins des mères mesuraient 9, 9,2 et 9,3 cm. et 4 fois la version podalique fut

nécessaire; les bassins mesurant 8,5 8,7 8,9 et 9 de promonto-publien minimum.

Au point de vue du fœtus, nous constatons que 4 fois le promontoire saillant a comme laissé sa griffe, sa marque de fabrique sur les crânes; nous avons trouvé en effet une dépression et 3 enfoncements du pariétal, qui, deux fois, ont causé la mort de l'enfant, l'un au bout de 20 heures, l'autre le surlendemain de sa naissance.

Si nous ajoutons un cas de mort par procidence du cordon, dans un cas de bassin mesurant 8,7 et malgré une version podalique aussi rapide et aussi soignée que possible, nous nous trouvons en face de 3 morts sur 10 accouchements, proportion également considérable.

La question se pose donc très nette : en cas de bassin rétréci et de fœtus volumineux, quelle est la conduite à tenir ? Cette question est d'ailleurs le complément de la question soulevée dernièrement à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, dont nous avons parlé page 31.

Il nous semble que la première chose à faire est de bien connaître le désir de la femme : refuse-t-elle une opération sanglante, il faut, comme le préconisent MM. Champetier de Ribes et Bouffe de Saint-Blaise dans l'observation n° VIII citée plus haut, il faut provoquer l'accouchement prématuré.

La femme veut-elle à tout prix un enfant vivant, il faut alors laisser la grossesse venir à terme et interve-

nir soit par la symphyséotomie soit par l'opération césarienne.

Mais laquelle de ces deux opérations faut-il choisir ? Nous pensons, et les exemples cités plus haut le prouvent, que la symphyséotomie est l'opération de choix, quand le fœtus n'est pas trop volumineux ni le bassin trop rétréci.

La symphyséotomie en effet, que nous avons vu employer en 3 cas, a permis entre les pubis, un écartement de 4 à 5 cent., donc un passage suffisant pour le fœtus ; et il est à remarquer que dans ces trois cas le fœtus a été extrait vivant et n'a présenté de traumatismes ou d'accidents d'aucune sorte.

Mais si au contraire le bassin est très retréci et si en même temps l'enfant est très volumineux, nous pensons que l'opération césarienne s'impose. L'écartement de 4 à 5 cm. en effet que donne la section de la symphyse pubienne peut n'être pas suffisant et dans le doute, il semble préférable de pratiquer une opération qui donnera des résultats certains.

En tous cas, la plus grande prudence est nécessaire et il importe de plus en plus de préciser les indications de l'opération césarienne, qui peut parfois entraîner de gros risques et de grands dangers.

CONCLUSIONS

De notre statistique nous tirerons les conclusions suivantes qui résumeront notre travail :

1/ Les fœtus de gros volume sont assez rares, puisqu'ils ne se rencontrent que dans la proportion de 3 o/o.

Ils entraînent pour la mère des accidents de la grossesse plus nombreux qu'à l'ordinaire, mais dont la gravité n'est pas cependant à redouter. Pendant l'accouchement le travail est plus long et les lésions des voies génitales plus nombreuses, mais celles-ci gardent dans la plupart des cas leur bénignité habituelle.

2/ La fréquence est un peu plus grande, des présentations dystociques ; de ce fait le pronostic de l'accouchement est déjà moins bon que pour les fœtus de poids moyen.

La présentation du sommet est encore de beaucoup la plus fréquente et comporte un pronostic très bon au point de vue fœtal, un peu atténué chez la mère en raison de la longueur du travail et des lésions des voies génitales.

3/ La présentation du siège complet comporte pour l'enfant un pronostic favorable, tandis que la présentation du siège mode des fesses ou mode des pieds donne un pronostic souvent mauvais, puisque sur 14 cas, cette présentation nous a montré 5 enfants morts.

Pour la mère, malgré la fréquence des déchirures complètes du périnée, le pronostic reste bon.

4/ La présentation de l'épaule, qui, pour tout fœtus, est une présentation défavorable, l'est encore d'avantage en cas de gros enfants. Elle oblige à des interventions comportant beaucoup de risques tant pour la mère que pour l'enfant et son pronostic est très sombre, puisque notre statistique nous a montré seulement 3 enfants vivants sur 9 et que 2 fois une rupture de l'utérus a causé la mort de la mère.

5/ Si à l'infériorité dans la bonne marche de l'accouchement dû au gros volume du fœtus, s'ajoute la dystocie qu'entraîne un rétrécissement du bassin, l'intervention est presque obligatoire : symphyséotomie ou opération césarienne dont il y aurait lieu de préciser les indications.

Vu : Le Président de Thèse :
RIBEMONT-DESSAIGNE.

Vu : Le Doyen :
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Annales de gynécologie et d'obstétrique. XXXVIII^e année, 2^e série. Tome VIII.
- BAR et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
- BOBO. — Considérations sur les gros fœtus. Thèse de Montpellier. 1909-1910.
- DESMONTILS. — Des cas de dystocie due à l'excès de volume relatif ou absolu des épaules du fœtus.
- DUBOIS. — Le gros enfant au point de vue obstétrical, Thèse de Paris 1896-1897.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Accouchement.
- FABRE. — Précis d'obstétrique.
- JACQUEMIER. — Dystocie par excès de volume des épaules. Journal de Médecine de Paris. XXXI^e année. N° 17.
- MOISNARD. — De l'excès de volume du fœtus et de l'avenir des gros enfants. Thèse de Paris 1902-1903.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. Précis d'obstétrique. Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. VI^e année. N° 4.
- Revue pratique d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. XXIII^e année. N° 4.

